

УДК 316.4

## **МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ В СИСТЕМЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ**

*Клейменов Михаил Вячеславович  
аспирант кафедры теории и истории социологии,  
Уральский федеральный университет, г. Екатеринбург  
E-mail: [k-mihaell@mail.ru](mailto:k-mihaell@mail.ru)*

## **THE MEDICAL WORKERS IN A SYSTEM OF RURAL HEALTHCARE: THE PROBLEMS AND CONTRADICTIONS**

*Mikhail Kleymenov  
Post-graduate student of Chair of Theory and History of Sociology,  
Ural Federal University, Yekaterinburg*

### **АННОТАЦИЯ**

В данной работе на основе результатов социологического исследования, проведенного в селах Далматовского района Курганской области, рассматриваются проблемы и противоречия взаимодействия медицинских работников и пациентов в ходе завершенной недавно модернизации российского здравоохранения. Продемонстрированы предпочтения медицинских работников и пациентов в выборе модели взаимодействия, критическое отношение медицинского персонала к модернизации, опасность коммерциализации медицинского обслуживания для сельского населения.

### **ABSTRACT**

The paper is based the results of sociological research conducted in the villages of Dalmatovo district of Kurgan region considers the problems and contradictions of interaction of medical workers and patients during the recently completed modernization of Russian healthcare. The paper are shown the preferences of medical workers and patients in a choice of the interaction's model,

the critical relation of medical personnel to the modernization of Russian healthcare, the threat of commercialization of medical service for rural inhabitants.

**Ключевые слова:** медицинские работники, модель взаимодействия, модернизация, пациенты, село, сельское здравоохранение

**Key words:** medical workers, interaction's model, modernization, patients, village, rural healthcare

Проблема взаимодействия медицинского персонала и пациентов является одним из показателей функционирования и развития системы сельского здравоохранения.

Сельское здравоохранение рассматривается нами как система, которая состоит из совокупности элементов (подсистем), таких как: управление, медицинское обслуживание, медицинские учреждения, взаимодействие социальных общностей, норм и санкций. Социальное взаимодействие социальных общностей является подсистемой сельского здравоохранения, представляет важное поле для социологического анализа медицинской помощи. В систему сельского здравоохранения включены общности медицинских работников и пациентов.

Общность медицинских работников – социально-профессиональное объединение, чьи представители непосредственно занимаются медицинской практикой, оказанием первой доврачебной и врачебной помощи. Вместе с этим, принцип выделения разных групп базируется на уровне образования. Общность подразделяется на врачей (высшее профессиональное образование), фельдшеров и медицинских сестер (среднее профессиональное образование). Общность пациентов – объединение индивидов, обладающих потребностями в медицинских услугах и реализующих данные потребности в виде обращения к медицинскому персоналу.

Мы проанализировали модели взаимодействия врачей и пациентов, используя концепцию американского философа Роберта Витча. Он изучал поведение медицинских работников, особенности взаимодействия с

пациентами. Типы медицинских работников Р. Витча преобразованы в модели взаимодействия врача и пациента, но оставлены авторские наименования для моделей – инженерная, патерналистская, коллегиальная, контрактная [1, с. 135-144].

Одним из субъектов взаимодействия в системе медицинского обслуживания выступают медицинские работники. Мы провели полуформализованные интервью с медицинским персоналом Кривской врачебной амбулатории (филиала Далматовской Центральной районной больницы). Всего было опрошено 6 человек: 2 врача, 2 фельдшера, 2 медицинские сестры; причем все респонденты - женщины в возрасте от 51 до 67 лет, имеющие стаж работы от 24 до 43 лет. Все опрошенные состоят на пенсионном обеспечении и получили образование в советскую эпоху.

В полуформализованных интервью с медперсоналом, одной из основ патерналистской модели взаимодействия медицинского работника и пациента является доверие. Доверительные отношения - социальные связи, строящиеся между акторами в самом процессе взаимодействия. О доверии как базисе взаимодействия говорят, прежде всего, врачи (люди с высшим медицинским образованием) и фельдшеры. А вот медицинские сестры (люди со средним медицинским образованием) усомнились в важности доверительных отношений, указали на роль профессионализма, опыта работы и уровень образования. Медсестры на практике являются исполнителями команд врачей.

Медицинские работники желают видеть доброту и отзывчивость в пациентах. Врачи расположены к опрятным, чистым и вымытым пациентам. Во время приема пациентов врачи отмечали одни группы пациентов как наиболее неприятные: *«придут выпившие, неаккуратные, всякие накрученные – с ними взаимопонимания не построишь»* (врач, стаж работы 43 года).

Медработники хотят общения с пациентами, потому что при добросовестном опросе они могут поставить точный диагноз. Врачи готовы

взаимодействовать с пациентами на предельно конкретные темы. Они крайне раздражаются, когда пациенты жалуются на все жизненные темы и не могут сформировать четкие ответы на вопросы.

Медперсонал оценил знание своих профессиональных должностных обязанностей высоко: лечение больных, проведение профилактических работ и мер всероссийской диспансеризации населения.

Допустим, рабочий график сельских медицинских работников составляет 4 рабочих часа в сутки для врачей. Добавляется еще 2 часа к дежурному работнику (с квалификацией фельдшера или медицинской сестры). Врач также должен учитывать патронаж (обход больных по селу, дневные и ночные вызовы).

Количество пациентов в сельском лечебном заведении составляет порядка двадцати человек, что соответствует стандартам обязательного медицинского страхования. Медицинские работники отметили, что, как правило, отклонение в количестве посетивших больных невысоко, не превышает допустимых границ.

Приём пациентов – это важная часть профессиональной деятельности медицинского персонала, поэтому ее поручают настоящим профессионалам – врачам. В нашем исследовании было опрошено два врача, которые получили высокую оценку работы. Они составили схему проведения приёма пациентов:

- а) сбор анамнеза – опрос пациента;
- б) осмотр – прослушивание, прощупывание, пальпация;
- в) направление на анализы в городскую (районную) больницу;
- г) установление диагноза (важнейшая часть приема, поскольку на ней определяется заболевание пациента).

Если взаимодействия врачей и пациентов в крупных городах строятся на базе анонимности, то в малых городах и сельских поселениях взаимоотношения медперсонала с посетителями основаны на принципах открытости, важности личности каждого из участников процесса. По

мнению врача, *«важен сам контакт с пациентом, ведь одно (один из предполагаемых врачом элементов взаимодействия) из составляющих взаимопонимания между медработником и пациентом* (Врач, стаж работы 43 года). Врачи отмечают, что не существует «стен» между медработником и сельским жителем. Конечно, социальное взаимодействие между представителями общностей является важным, в представлении врачей, если приводит к взаимопониманию, успешному поиску правды, отсутствию тайн, умолчания важных деталей жизни пациентов.

Врачи утверждают, что в процессе взаимодействия между медицинским работником и пациентом должен устанавливаться «контакт» как основа взаимопонимания. Такой контакт, по их мнению, ведет к откровенности пациента о различных сторонах его жизнедеятельности, от которых, естественно, зависит здоровье. Правда, к которой вызывают врачи, нужна для поиска точного и быстрого диагноза, без взаимопонимания достичь ее трудно. Контакт, в понимании врачей, является элементом взаимодействия с пациентом, который заключен в устранении противоречий и нахождении консенсуса по вопросу лечения. Возможно, врачи выделили процедуру установления контакта с пациентом как инструмент предохранения от потенциальных опасностей, когда вследствие непонимания пациентов возникают разногласия.

Медицинская помощь населению предстает как зона риска. Практически всегда существуют риски заражения заболеваниями от пациентов самого медицинского персонала, и наоборот, медперсонал может стать источником заражения пациентов. Отсюда актуализируется вопрос безопасности. Меры безопасности не только у врачей, но и у среднего и младшего медицинского персонала (фельдшеры и медсестры) вызвали целый ряд предложений:

- а) чистоплотность, как пациента, так и медицинского работника;
- б) средства защиты тела (маски, перчатки);

в) медицинские средства одноразового использования (шприцы, зеркальца, палочки).

Поэтому безопасность остается для медработников приоритетным действием в структуре профессиональной деятельности. Медперсонал утверждает, что их задача - защищать пациентов фактически от самих себя. Здесь мы выходим скорее на философскую проблему: защиты больного человека от собственных вредоносных действий. Социальная проблема лежит в области взаимодействия общностей, когда одна общность пытается контролировать действия другой (например, в XIX столетии российские медицинские работники подчинялись Министерству внутренних дел, формально считались полицейскими служащими). Контроль над общностью пациентов должен быть гуманным, едва заметным, ведь со времен тоталитарного советского режима граждане нашей страны могут негативно относиться к жестким действиям государственных учреждений.

Исходя из данных полужформализованных интервью, по мнению медперсонала, типичный представитель сельской общности пациентов - пожилой человек, пенсионер, чаще женщина, имеющая большое число жалоб на здоровье и, как правило, легко возлагающая ответственность за лечение на медицинского работника.

В какой-то степени врачи опасаются поставить «не тот» диагноз заболеванию пациентов, им присуще чувство сострадания и опасения за больных. Хотя как рассказали врачи, не все пациенты оправдывают их ожидания. Они не винят пациентов в ошибках, поскольку люди без профессионального медицинского образования делают ошибки чаще врачей. Врачи подчеркивают, что во взаимодействии с пациентами важен опыт, важна установка на работу с людьми разных характеров, темпераментов и т.д.

Идеал пациента у врачей связан с человеком с безукоризненными знаниями в собственных потребностях излечения организма. Скорее всего, поэтому медицинские работники выгорают эмоционально, когда им

приходится вытягивать информацию из пациента. Фактор рабочего места влияет на удовлетворенность врачей.

Все опрошенные медицинские работники не удовлетворены условиями труда. Причина заключается в недостаточном финансировании сельского здравоохранения, в усиленном надзоре за деятельностью врачей, увеличении числа бюрократических препятствий. И благодаря таким проверкам, некоторая часть сельских больничных учреждений не проходит аттестацию, и вследствие чего не получает финансовых субсидий на ремонт и т.п. *«мы не прошли аттестацию – теперь вообще не уделяется средств даже на косметический ремонт. Здание находится в аварийном состоянии, и фактически никому не принадлежит, вот оно и не прошло аттестацию»* (врач, стаж работы 43 года).

Отношение медработников к реформе здравоохранения (модернизации и иных долгих попытках реструктуризации) остается негативным. Опрошенные недовольны свертыванием принципов советской модели здравоохранения – бесплатности и доступности медицинской помощи. Также врачи указали, что реформа коснулась структуры здравоохранения, но вот человек (и пациент, и врач) остались за «бортом» реформирования системы. *«Пациентов и врачей- то и забыли в этой хваленной реформе! Только стандарты, бумаги, методики всякие, а бумаг-то сколько – ужас! Только и пишем истории (карточки пациентов), только и пишем. Так сказать мальчика-то и забыли, взялись чинить структуру, а ведь надо начинать с людей, чтобы людям было комфортно, а не бюрократии»* (врач, стаж работы 43 года).

Если к реформе здравоохранения отношение явно негативное, то отношение к деятельности непосредственного начальства позитивное. *«Я удовлетворена начальством в районе. Он активный, молодой, ему 33 года, самый молодой в нашем далматовском здравоохранении, подумать страшно – ведь он и еще один 35 лет. А все остальные старухи! Он молодой, не знаю, конечно, что у него получится, но он старается что-то делать, не сидит на*

*месте. Пока удовлетворена».* (Врач, глава сельского медперсонала, стаж 43 года).

Среди сложных ситуаций в сельском здравоохранении врачи смогли обосновать следующие группы проблем:

- 1) тяжелые больные, экстренные случаи;
- 2) заполнение «важных бумаг», предназначенные только проверяющим инстанциям (страховые компании, прокуратура и др.);
- 3) отсутствие полного стационара в сельском медицинском учреждении;
- 4) выполнение плана по диспансеризации населения.

Решением проблем здравоохранения сельские медработники считают восстановление прежней советской системы: развернутая сеть медицинских учреждений, профилактическая работа с населением, большое число стационарных мест в больницах. Медработники мечтают о возвращении полного контроля над пациентами, когда в реальном времени отслеживается лечение человека.

В общем, медработники убеждены в патернализме, что заметно из предложенного анализа. Патернализм тяготеет к контролирующим функциям медперсонала. Врачи становятся контролерами пациентами по исполнению обязательств по курсу лечения. Пациент рассматривается в роли добровольного подчиненного, работой становится присутствие в сельской лечебнице. Но поскольку современное российское здравоохранение в сельских поселениях перешло со стационарного лечения на амбулаторное, то функции контроля над пациентами уменьшились.

Таким образом, опрос пациентов сельских поселений Далматовского района Курганской области демонстрирует, что коллегиальная модель взаимодействия характерна для 70,5% пациентов, патерналистскую модель выбирают 23,5% опрошенных, инженерную модель используют 4,5% респондентов, контрактная модель типична для 1,5% селян.

Полуформализованные интервью с медицинскими работниками убедительно



показывают патерналистские принципы взаимодействия. Медицинский персонал считает, что утешение больных и позиция врача как начальника — главные «кирпичики» эффективности врачебной работы.

По нашему мнению, данная ситуация связана со старением медицинских кадров. Все опрошенные имеют внушительный стаж работы, средний возраст — 58 лет. По сути, медицинские работники — люди «советского прошлого», начало их трудовой деятельности приходится на тот период развития здравоохранения, когда патернализм признавался лучшим достижением эпохи. Таким образом, патернализм как идеология взаимодействия воспроизводится сельскими врачами и в современных условиях. Но пациенты-селяне выражают стремления к коллегиальному взаимодействию, базирующегося на субъект-субъектных принципах отношений.

Модернизация современной российской системы здравоохранения предъявляет свои стандарты к характеру взаимодействия пациентов и врачей, и существующие модели будут преобразовываться. В наши дни высокодоходные группы населения крупных городов выбирают контрактную модель, обращаясь к платной медицине. Кроме того, неформальная оплата медицинских услуг может стать основой для формирования смешанных (промежуточных) моделей. Несмотря на воспроизводство традиционных норм и ценностей сельчанами, село также меняется, и необходимы дальнейшие исследования моделей взаимодействия врача и пациента как показателя трансформационных процессов.

С позиции сельских врачей (люди среднего и пожилого возраста, имеющие большой стаж работы) рыночный процесс вызывает душевное угнетение, ощущение национального позора, поскольку Канада, США, Великобритания, Франция позаимствовали некоторые элементы из советского здравоохранения. В среде опрошенных сельских медработников можно выделить мечту вернуть систему советского здравоохранения.

По нашему мнению, противоречие свидетельствует о потенциальном изменении моделей взаимодействия, на данный момент сельские врачи являются последователями идей и замыслов здравоохранения советской эпохи. Они представляют советскую школу патернализма, не утратили желаний по реставрации советского здравоохранения.

Пациенты «обновились» за счет людей молодого и среднего возраста, фактически не знавших практики советского здравоохранения, отсюда, как показало исследование, они ориентированы на коллегиальную модель.

Результаты исследования позволили определить следующие рекомендации:

1) необходим пересмотр и изменение стандартов ОМС, выделение отдельной категории сельского здравоохранения, увеличение числа оплачиваемых посещений пациента на дому;

2) правительство запланировало постепенное введение рыночных механизмов, которые, по их мнению, расширят доступ к качественной медицинской помощи, но следует сказать, что современное село не подготовлено к контрактным отношениям во взаимодействии «врач-пациент», следует учитывать финансовое положение основной массы сельчан, не позволяющее обращаться в платные клиники;

3) врачи и пациенты могут применять лучшие (выгодные) элементы всех моделей взаимодействия.

Мы наблюдаем перспективы для дальнейших социологических исследований в системе сельского здравоохранения определенных тематик, таких как, проблемы качества медицинской помощи и здоровья среди сельчан, старения врачебных кадров, отношения населения к тенденции роста платных услуг в государственном здравоохранении.

#### **Список литературы:**

1. Введение в биоэтику / под ред. Юдина Б.Г., Тищенко П.Д. – М.: Изд-во «Прогресс-Традиция», 1998. – 384 С.